Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel

UNIVERSITY LIBRARY
STANFORD
1930

Beitrag zur Symptomatologie der Hirntumoren nebst Kasuistischem Anhang.

*

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Claus Struck
aus Schülldorf.

Kiel 1928

Druckerei der Kieler Zeitung G. m. b. H., Kiel, Holstenstraße 34.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel

Beitrag zur Symptomatologie der Hirntumoren nebst Kasuischem Anhang.

*

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von
Claus Struck
aus Schülldorf.

Kiel 1928

Druckerei der Kieler Zeitung G. m. b. H., Kiel, Holstenstraße 34.

Nr. 12
Rektoratsjahr 1928/29
Referent:
Geh.-Rat Prof. Dr. Siemerling
Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. Stertz,
Dekan

Die Erkenntnis der Hirntumoren, welche bis vor wenigen Jahren sehr im Dunkeln gehüllt war, erfuhr einen großen Fortschritt, als im wesentlichen durch von Graefe nachgewiesen wurde, daß die Stauungspapille in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle durch ein Geschwulst des Gehirns bedingt ist. Über die Entstehung von Geschwülsten wissen wir, wenn wir von den tuberkulösen und syphilitischen Tumoren (Solitärtuberkel Gummata) sowie von Cysticerken und Echinokokken absehen, nicht viel mehr, als daß sie sich gelegentlich nach einem Trauma entwickeln können. Die Diagnose Hirntumor wird nach der alten von Griesinger angegebenen Weise auf Grund des Vorhandenseins von Allgemeinsymptomen und Herdsymptomen gestellt. Allgemeinsymptome pflegen sich früher einzustellen als die Herdsymptome. Der Kopfschmerz ist sozusagen ein nie fehlendes Allgemeinsymptom. Er ist zurückzuführen auf Reizung der Trigeminusäste in der Dura infolge der intrakraniellen Drucksteigerung. Gewöhnlich ist er über den ganzen Kopf diffus verbreitet. Zu Beginn besteht er in einem dumpfen Kopfdruck; später, wenn der Tumor wächst und der Hirndruck steigt, nimmt der Schmerz zu und sind zeitweise auftretende Exacerbationen in der Regel zu beobachten. Die Schmerzen bewirken, daß der Kranke teilnahmslos daliegt oder sich wie ein Rasender gebärt. Der Schmerz wird von den Patienten teils über den ganzen Kopf lokalisiert, teils auf eine Seite des Kopfes, teils auf eine umschriebene Stelle, teils bald auf diese, bald auf jene Stelle verlegt. Der Schmerz an umschriebener Stelle, der durch Beklopfen der darüberliegenden Schädeldecke oft verstärkt wird, ist sehr oft für die Bestimmung der Lage des Hirntumors von großer Bedeutung. Diese Erscheinung ist aber nicht als unbedingt zuverlässig für den Sitz der Geschwulst anzusehen.

Eins der wichtigsten Allgemeinsymptome ist die Stauungspapille, die nur in 10 bis 20 Prozent der Fälle zu fehlen pflegt. Über die Vorgänge beim Entstehen der Stauungspapille herrschen noch einige Meinungsverschiedenheiten. Von Graefe faßte die Stauungspapille als ein Symptom des gesteigerten Hirndrucks auf. Nach seiner Ansicht entsteht die Stauungspapille durch Compression des Sinus cavernosus. Nachdem Lesemann nachgewiesen hate, daß der Abfluß aus der Vena ophthalmica aus der vena facialis posterior stattfindet, mußte diese Ansicht aufgegeben werden. Die beiden hauptsächlichsten Theorien sind gegenwärtig eine Transporttheorie nach Schmidt-

Rimpler, und ferner die Entzündungstheorie nach Leber. Schmidt-Rimpler nimmt an, daß durch erhöhten Hirndruck der liquor cerebrospinalis in die Optikusscheiden hineingepreßt wird, die venae centrales retinae komprimiert werden, und so ein Ödem entsteht. Nach Leber ist die Stauungspapille nur quantitativ von der einfachen Neuritis, bei der die Schwellung des Kopfes des Sehnerven besonders ausgesprochen ist.

Die Benommenheit ist der für den Allgemeinzustand des Tumorkranken charakteristische Zustand. Am Anfang kann die Störung nur darin bestehen, daß die geistige Regsamkeit des Patienten nachläßt, daß er sich wie früher nicht um seine Sachen kümmert, bis nachher ein mehr oder weniger hochgradiger Zustand der Benommenheit bis zum Coma resultieren kann. Früh stellt sich oft eine vermehrte Schlafsucht ein. Die Patienten liegen dann apathisch, ohne auf Anrufe zu reagieren, da. Oppenheim und Bruns sagen, daß die Benommenheit die hauptsächlichste psychische Störung bei Hirntumoren ist. Anfälle von Bewußtlosigkeit mit Convulsionen, die genau denen der echten Epilepsie gleichen, kommen relativ häufig und auch frühzeitig vor, oft als erstes und einziges Symptom. Allgemeine und umschriebene Krampfanfälle kommen öfter vor, und sind wohl auf eine Erhöhung des Hirndrucks zurückzuführen.

Umschriebene epileptische Anfälle mit Jacksen Typus finden sich bei Tumoren der Centralwindungen oder der angrenzenden Bezirke.

Ein sehr wichtiges aber nicht konstantes Symptom bei Hirntumoren ist ferner das cerebrale Erbrechen. Bei genauer Untersuchung läßt sich leicht eine Magenerkrankung ausschließen. Der Appetit ist unverändert. Die Zunge ist rein, Schmerzen in der Magengegend sind nicht vorhanden, und die Nahrungsaufnahme hat keinen Einfluß auf die Auslösung des Brechaktes, als Ursache dieses Erbrechens muß man einen direkten Druck auf das Brechzentrum der Medulla oblengata annehmen. Mit dieser Annahme stimmt auch die Tatsache überein, daß es am konstantesten und intensivsten bei Geschwülsten der hinteren Schädelgrube ist.

Auch der Schwindel kann zu den Frühsymptomen gehören. So teilt Oppenheim einen Fall mit, bei dem die Schwindelanfälle dem deutlichen Ausbruch des Leidens 8 Jahre vorausgingen. Die Patienten klagen häufig über ein dauerndes wüstes rauschähnliches Gefühl im Kopfe, oder auch über plötzlich eintretendes Schwächegefühl, plötzliches Schwarzwerden vor den Augen. Selten sind dagegen Anfälle von wirklichem Schwindel, dem echten Drehschwindel, bei dem der Kranke das Gleichgewicht verliert, zu Boden fällt oder sich festhalten muß, um nicht umzufallen. Zu erklären ist der cerebrale Schwindel wohl

durch eine Schädigung des Kleinhirns, das wir als Zentralorgan des Gleichgewichts annehmen.

Bei großer Hirndrucksteigerung kann es zu andauernder oder häufiger Herabsetzung der Pulsfrequenz kommen. Gewöhnlich finden wir diese Lähmungssymptome in den Endstadien des Tumor cerebri. Es beruht in der Reizung des Nervus vagus oder dessen Kern in der Medulla oblengata. Nimmt die Drucksteigerung enorm zu, oder hat sie schon sehr lange bestanden, ist der Übergang in eine Vagusparese nicht selten, so daß der Puls dann beschleunigt wird. Auch gehört hierhin eine Blutdruckänderung, die Folge mangelhafter Blutversorgung des Vasomotorenzentrums. Letzteres, gereizt durch den völligen Blutmangel, bringt die peripheren Körperarterien zur Kontraktion, so daß wieder Blut ins Gehirn treten kann, darauf erfolgt wieder Erschlaffung des Körpergefäßsystems. Dieses Spiel wiederholt sich und führt immer zu einem gewissen Ausgleich solange, bis durch Atemstillstand auch die Zirkulation sistiert.

Ein weiteres medulläres Symptom sind auch die Störungen der Respiration durch Beeinträchtigung des betreffenden Zentrums. Sie bestehen in Verlangsamung oder Beschleunigung, oder noch häufiger in Unregelmäßigkeit der Atmung, ganz im Sinne der meist sehr bedrohlichen Cheyne-Stockes Phaenomens. Tierversuche berechtigen zu der Annahme, daß meistens das Respirationszentrum zunächst gelähmt und dadurch der Tod herbeigeführt wird, da Tiere bei stark gesteigertem Hirndruck durch künstliche Atmung noch stundenlang am Leben erhalten werden.

Schließlich seien als nebensächliche Allgemeinsymptome nur noch erwähnt: Allerlei Parästhäsien, allgemeine Muskelschwäche, Ohrensausen, Funkensehen, Gähnen, Veränderungen des Urins und der Spinalflüssigkeit.

Die im Vorhergehenden erwähnten Symptome, in der Hauptsache durch den gesteigerten Hindruck hervorgerufen, weisen meist nur allgemein auf das Bestehen eines Hirntumors hin. Über seine Lokalisation geben uns die Herdsymptome genaueren Aufschluß.

Der Tumor zerstört nicht nur Hirngewebe, sondern verdrängt auch solches; er macht deshalb nicht nur genau da, wo er sitzt, Symptome, sondern auch in der Nachbarschaft, und diese durch den Druck auf die Nachbarschaft bedingten Symptome werden natürlich an Zahl und Intensivität zunehmen, wenn der Tumor eine beträchtliche Größe erreicht. Daraus können wir einen Schluß machen: Die Sicherheit einer an den Lokalsymptomen gestellten Diagnose ist um so größer, je kleiner der Tumor ist; und was mit daraus hervorgeht: Je geringer die Allgemein-

erscheinungen sind. Richtig ist auf jeden Fall, wenn wir den Tumor in derjenigen Region suchen, deren Läsion nach den Lehren der Hirnphysiologie Funktionsstörungen in der beobachteten Art herbeiführt. Die Herdsymptome bei Tumoren des Parietal und Occipitallappens seien hier erwähnt. Es liegen nicht wenige Beispiele vor, die lehren, daß bei den Tumoren des lobus parietalis, namentlich des rechten, jedes Lokalsymptom fehlen kann.

Oppenheim berichtet über einen Fall, wo ein Gewächs des Präcuneus nur Allgemeinsymptome und Nachbarsymptome (durch Kompression des Cerebellum) hervorgebracht hat. Ein vom oberen Scheitellappen ausgehender Tumor führt zu motorischem Reiz und Lähmungssymptomen in der gekreuzten Körperhälfte. Ob sie als direkte Herdsymptome aufzufassen, oder auf die Schädigung der motorischen Zone, respektive der motorischen Leitungsbahnen zu beziehen sind, sei dahingestellt. Störungen der Sensibilität, besonders der Lageempfindung, sowie der stereognostischen Wahrnehmung und Ataxie bilden wahrscheinlich ein direktes Herdsymptom bei Scheitellappenaffektionen. Geschwülste des Scheitellappens, besonders des unteren, können, wenn sie sich selbst, oder wenn sich ihr lähmender Einfluß bis tief ins Mark hinein erstreckt, zur Hemianopsie führen. Alexie und optische Aphasie können zu den Symptomen der vom Lobus parietalis inferior sinister ausgehenden Gewächsen gehören. Erscheinungen von seiten der Augenmuskulatur können zwar durch Geschwülste des Scheitellappens bedingt werden, ihr lokaldiagnotischer Wert ist jedoch ein zweifelhafter. Da die Herdsymptome der Hinterhautlappengeschwülste sich von denen des Scheitellappens nicht scharf trennen lassen, seien sie an dieser Stelle mit erwähnt. Die Hemianopsie ist das konstanteste Symptom der Neubildung dieser Gegend, wenn sie auch in einigen Fällen verletzt wurde. Bernhardt fand unter 15 Hinterhauptslappengeschwülste nur zwei, die das Symptom der Hemianopsie boten. Es ist noch immer unentschieden, welche Teile der Hinterhauptslappenrinde als Sehzentrum zu bezeichnen sind. Für die Symptomatologie der Tumoren wird diese Streitfrage wohl ziemlich gleichgültig sein, da ein Tumor von einiger Größe in dieser Gegend sicher Hemianopsie bedingt. Im rechten Occipitallappen wird ein Tumor der Rinde und ein solcher des Marks gleichmäßig einfache linksseitige Hemianopsie hervorrufen. In der linken Hemisphäre werden Differenzen entstehen, je nachdem, ob der Tumor nur eine Rinde, oder nur das Mark befällt. Bei Sitz in der Rinde allein ebenfalls rechtsseitige Hemianopsie. Bei Sitz im Mark, durch Mitbeteiligung gewisser, dem Sehzentrum dienender, beide Occipitallappen mit dem linksgelege-

nen Sprachzentrum verbindenden Assoziationsbahnen, eigentümliche Sprachstörungen, die man als optische Aphasie bezeichnet hat und bei denen stets Alexie vorhanden ist. Der Kranke kennt alle Gegenstände, vermag aber einfach gesehene oft nicht richtig zu bezeichnen. Er kann Worte nicht richtig lesen, Buchstaben nicht lautlich bezeichnen und kennt letztere auch nicht. Neben den Lähmungserscheinungen — der Hemianopsie — kommen Reizerscheinungen, bei Tumoren der Occipitallappen vor, die sich durch Flimmern vor den Augen und nachherige Verdunkelung kundgeben. Oben wurde schon erwähnt, daß auch die vorübergehenden Amaurosen, wie bereits erklärlich, bei Occipitallappentumoren vorkommen.

Nach diesen Vorbemerkungen sei es mir gestattet, einen mir von Herrn Geheimrat Siemerling zur Bearbeitung überlassenen Fall von Tumor im Scheitel und Hinterhauptlappen mitzuteilen.

Krankengeschichte.

Patientin Paula W., 25 J.

Die Anamnese ist von der Schwägerin erhoben. Nach ihrer Angabe ist Patientin 8-Monatskind, hatte mit 3 Jahren Gehirnentzündung, mit 20 Jahren Lungenentzündung, war sonst immer gesund. Die Familienanamnese ergibt nichts besonderes. Seit dem vergangenen Sommer fühlt sie sich krank. Sie litt viel an Kopfschmerzen, schlief schlecht und war gedrückter Stimmung. Die Arbeit — sie ist von Beruf Kontoristin — fiel ihr schwer. Der Zustand verschlimmerte sich allmählich, im November trat Sehschwäche auf beiden Augen, mitunter, besonders morgens beim Aufstehen, auch Erbrechen auf. Seit Anfang Dezember kann sie ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen. Mitte Dezember ging sie zur Beobachtung 8 Tage ins Städt. Krankenhaus, ihr Leiden wurde dort für Migräne gehalten. Anfang Januar trat ein Fall von Bewußtlosigkeit mit angeblich linksseitigen Zuckungen auf von etwa 5 Minuten Dauer. Bis zur Einlieferung am 17. Januar hatte sie noch 3—4 derartige Anfälle. Bei der Aufnahme machte sie einen benommenen Eindruck, auf Fragen antwortete sie langsam, aber sinngemäß. Pupillen reagieren auf Lichteinfall. Sie liegt ruhig zu Bett, in ihrem Lebenslauf schreibt sie ungefähr folgende Zeilen:

„Lammann nich moyye tak Anatztatatanta mauv na worwedio. Ich ch chaamanula Mamannotoff geborrrennn 1. 9. 19.“ Sie klagt dabei über heftige Kopfschmerzen im Hinterkopf und über schlechtes Sehen. Folgt dann ruhig ins Untersuchungszimmer. Der Gang ist frei und sicher. Sitzt und stützt den Kopf in die Hand.

(Name?) ÷
(Geburtsort?) ÷
(Geburtsdatum?) ÷
Jetziges Datum? „Ich weiß das gar nicht!"
Monat? ÷
(Anfang oder Ende?) Mitte des Monats, oder sind wir schon darüber hinaus? Ich habe soviel Kopfschmerzen in den letzten Tagen, ich habe mich um nichts gekümmert.
(Tag?) ÷
Wo hier? ÷
Wann hergekommen?
Weshalb hier? „Weil ich herunter war mit meinen Nerven."
Klagen? Kopfschmerzen schon monatelang und in letzter Zeit Anfälle . . . ., solche Zuckungen, dann weiß ich gar nicht wo ich bin . . . . und dann habe ich immer gebrochen, die ganze letzte Zeit.
Ihre jetzige Klagen sind Kopfschmerzen besonders im Hinterhaupt. Schmerzen im linken Arm, Schwäche, Schwindelgefühl. Gedächtnisschwäche, schlechtes Sehen, Schlaf- und Appetitlosigkeit, morgenliches Erbrechen.

K ö r p e r l i c h:

Größe: 1,46 m.
Gewicht: 43 kg.
Graciel gebaut, mäßig guter Ernährungzustand.
Schädelmaße: 14:18:55.
Schädel nicht klopfempfindlich, vielleicht etwas in der rechten Schläfengegend. Bei passiven Bewegungen des Kopfes besonders nach vorne starke Schmerzen im Nacken.
Pupillen: Rechte Pupille etwas weiter als die linke.
R L ÷
R C ÷
Andeutung von Exophthalmus.
Romberg Ø Lassigue Ø Kersig Ø
Spannungszustand o. B.
Sensibilität in Ordnung, etwas verlangsamte Reaktion.
Herz und Lunge o. B.
Puls 78, gleichmäßig, regelmäßig, gut gefüllt.
Urin E—Z—.

A u g e n b e f u n d:

Auf beiden Seiten Stauungspapille etwa 3 Dioptrien, rechte Pupille z. Zt. etwas breiter wie die linke, R. L. auf beiden Seiten ÷. Leichte Andeutung von Nystagmus.

18. 1.: Liegt ruhig zu Bett, schläft viel am Tage. Schmerzen im linken Arm stehen im Vordergrund, Kopfschmerzen haben etwas nachgelassen.

19. 1.: Sehschwäche hat etwas zugenommen, Lumbalpunktion wurde gut vertragen. Es werden ca. 100 cbmm Liquor angelassen, Patientin glaubt ca. ½ Stunde nachher ein Nachlassen der Schmerzen, und auch eine Zunahme der Sehkraft zu bemerken.

20. 1.: Kann wenig essen. Befinden nicht verändert. Stauungspapille ist von 3 auf 2 D zurückgegangen. Der Nystagmus hat sich seit gestern verstärkt.

21. 1.: Erscheint heute etwas lebhafter, Kopfschmerzen wechseln.

22. 1.: Unverändert. Schläft tagsüber viel, klagt über Schmerzen im Nacken und Hinterkopf, die in wechselnder Stärke auftreten. Sehschwäche hat sich angeblich leicht verstärkt.

23. 1.: Keine Änderung im Verhalten.

Augenbefund: Lidspalten ziemlich eng, besonders rechts. Beim Blick geradeaus sind beide Augäpfel annähernd parallel gestellt. Pupille jederseits 3,5 mm weit. R. L. auf beiden Seiten ÷. Mäßiger Exophthalmus links.

Sehschärfe rechts 4,15.

Sehschärfe links Handbewegungen 12 m.

Beiderseitige Stauungspapille von etwa 5 D.

Gesichtsfeld: anscheinend homonyma rechtsseitige Stauungspapille.

Wegen der zunehmenden Stauungspapille Lumbalpunktion in der Seitenlage, der Liquar ist klar, fließt tropfenweise heraus. Anfangsdruck über 300. Nach Ablassen von 12 cbcm Liquar Druck immer noch über 300, nach Ablassen von 16 qmcm beträgt der Druck 150.

Nonne ÷

Pandy ÷

Zellen 4:3.

Während und nach der Punktion keine Beschwerden.

24. 1.: Fühlt sich durch die Punktion nicht erleichtert; glaubt sogar, eine Zunahme der Sehschwäche zu bemerken.

25. 1.: Unverändert.

26. 1.: Patientin ist heute recht benommen, klagt über Kopf- und Nackenschmerzen. Sehen sehr schlecht.

27. 1.: Nach der Chirurgischen Klinik verlegt. Operation: Doppelseitige Palliativ Trepanation.

15. 2.: Von der Chirurgischen wieder nach hier verlegt.

16. 2.: Beobachtliche Umgebung, gibt auf Fragen kaum verständige Antwort, wenig Schlaf, Puls ungleich.

17. 2.: Liegt apathisch dar, spricht wenig, hustet viel, der Puls ist recht weich, aber gut fühlbar, regelmäßig 88 Schläge. Beim Versuch sie aufzusetzen, bleibt sie einige Sekunden sitzen, dann aber sinkt sie langsam zurück. Der Schädel ist verbunden, erscheint besonders im Querdurchmesser verbreitet.

Augen:

Pupillen sehr weit R. L. Ø, Lider halb geschlossen. Vorwölbung der Bulbi, nicht mehr sicher. Lichtempfindlichkeit anscheinend fehlend. Kopfbewegung anscheinend frei.

V. ohne Befund.

Patientin zuckt mit beiden Armen. Links anscheinend mehr wie rechts, auch folgen im linken Arm dem Beklopfen einige Bicepszuckungen. Die passiv erhobenen Arme sinken nur recht langsam ab. Der linke bleibt stehen. Patient richtet sogar den Blick auf die linke erhobene Hand. Das rechte Bein fällt, wenn gehoben, herunter. Das linke Bein bleibt in gehobener Stellung. Auf Schmerzreize leichte Abwehrreaktionen. Auf Berührungsreize nur im Gesicht leichtes reaktives Zucken.

6. 3.: Exitus letalis.

Sektionsbefund vom 7. März 1923.

Hirngewicht 1500 g.

Haar geschoren. Gut verheilte Operationswunde von 11 cm Länge, schräg von vorn oben nach hinten unten verlaufend. In der Operationsnarbe ein kleines Bläschen, aus dem sich auf Druck ein Tropfen Eiter entleert. Links stärker, rechts wenig hervortretende Vorwölbung. Im Bereich der Narben einige Verwachsungen, und nach Abtrennen der Kopfhaut sieht man beiderseits von den Ohrmuscheln Hirngewebe links kleinapfelgroß, rechts nicht so stark durch die Schädellöcher hervortretend. Schädeldach gleichmäßig eburniert, vorn 5 mm, hinten 3 mm dick. Im Längsblutleiter in den abhängigen Teilen ein Blutgerinsel.

Bei Entfernung der Dura eine starke Vergrößerung der linken Hemisphäre und eine starke Abplattung ihrer Windungen, die nach hinten zu sich verstärkt und besonders stark ist im Lobus parietalis inferior, daselbst entleert sich bei Entfernung der fest mit der Hirnoberfläche verwachsenen Dura im Strahl eine bernsteingelbe Flüssigkeit. An einzelnen Stellen sieht man eine blaue Masse durch die Hirnoberfläche durchschimmern. Die Dura läßt sich nur mit Mühe abpräparieren. Auf einem

Frontalschnitt hinter der hinteren Zentralwindung sieht man an der vorderen Seite des Schnittes eine gelbliche Erweichung des Marks im Bereich des Gyrus supramarginalis etwa die Markschnitte einnehmend und eine anscheinend frischere Rotfärbung des Rindenmarks des Gyrus parietalis anterior inferior links. Auf der hinteren Fläche des Durchschnittes ist die äußere Seite des Schläfenhirns von einer rötlichen zum Teil fleischroten ziemlich festen Geschwulst eingenommen, die an ihren Randgebieten von Cysten eingenommen zu sein scheint. Sie ist anscheinend überall von Hirngewebe bedeckt, teilweise aber, besonders scheitelwärts, ist diese Bedeckung papierdünn. Auf der hinteren Fläche des Querschnittes sieht man eine wulstige, fleischfarbige Masse mit nekrotischen Rändern, z. T. lateral die Pia erreichend, medial ins Hirngewebe eindringend, vielerorten deutlich erkennbar es verdrängend, am oberen und unteren Rand zerfallend und cystisch degeneriert. Die Höhlen sind von einer faserigen, nekrotischen, oben mehr blutig, unten mehr gelblich verfärbten Gewebsschicht umgeben. Der Tumor reicht nach hinten bis kurz vor den Occipitalpol, wobei es immer deutlicher wird, daß er das Hirngewebe verdrängt, ohne es zu infiltrieren. Hier und da allerdings gewinnt man den Eindruck, als finde auch ein fließender Übergang ins Hirngewebe statt, doch läßt sich das mikroskopisch nicht sicher erweisen. Das Gewebe im Bereich der Hirnhernien ist völlig erweicht. Die Hirnhernien sind hauptsächlich in Schläfenlappen und im Fuß der Zentralgegend. Die Erweichung dringt bis tief in die innere Kapsel ein, besonders ausgesprochen links. Die Ventrikel sind nicht erweitert. Das Mark sinkt überall zurück. Die im weiteren Umkreise der Hernien liegenden Markteile sind von zahlreichen Blutungen durchsetzt. Das Gewebe der Hernien selbst ist völlig matschig. Das übrige Hirngewebe ist von gewöhnlicher Festigkeit.

Epikrise.

Die richtige Diagnose konnte in diesem Fall in viwo festgestellt werden. Als Allgemeinsymptome traten auf: Kopfschmerzen, Stauungspapille, Benommenheit. Wichtig für die Lokalisation des Tumors war die Hemianopsie, optische Aphasie, ebenfalls die kurz vor dem Exitus auftretenden linksseitigen Zuckungen, die wohl durch Druckwirkung im linken Ventrikelhydrops zu erklären sind. Was den Charakter des Tumors betrifft, so kommt hier wohl das Sarkom oder das Gliosarkom in Betracht, da der Tumor, wie die Sektion zeigt, bis tief ins Hirngewebe eingedrungen ist. Gumma ist mit ziemlicher Sicherheit auszuschließen, da die Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor dauernd negativ war; ebenso ein Solitärtuberkel

auf Grund der Anamnese, Krankheitsverlauf und Sektionsbefund.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für Überlassung der Krankengeschichte meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Oppenheim: Geschwülste des Gehirns. 1902.
J. D. Schröder: Zur Lehre der Hinterhauptschläfenlappentumoren. 1912. Kiel.
J. D. Kirchberg: Zur Symptomatologie und Pathalogie der Hirntumoren. 1912. Kiel.
Real Encyklopädie der gesamten Heilkunde, Band 8.

Lebenslauf.

Ich, Claus Struck, ev. Konfession, wurde am 25. März 1899 als Sohn des Hufners Claus Struck und seiner Ehefrau Margareta geborene Sinn zu Schülldorf, Kreis Rendsburg, geboren. Nach Absolvierung des damaligen königlichen Gymnasiums zu Rendsburg wurde ich 1917 zur Fahne einberufen. Oktober 1919 kehrte ich aus englischer Kriegsgefangenschaft zurück. Ich studierte in Kiel, Freiburg und Königsberg. Die ärztliche Vorprüfung legte ich Ostern 1922 in Kiel ab, wo ich meine Studien fortsetzte. Ostern 1925 gedenke ich hier die Staatsprüfung abzulegen.